UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948-1949 — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS PALATINES D'ORIGINE GLANDULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1948

PAR

Jean, Marie, Joël, Yves COIQUAUD

Né à Bordeaux (Gironde) le 25 Septembre 1919

Examinateurs de la Thèse	MM. DUBECQ, professeur	*Président*
	DE GRALLY, professeur	*Juges*
	DESPONS, professeur agrégé...	
	MARONNEAUD, profes. agrégé.	

BORDEAUX

EDITIONS CLÉDES & FILS

8 bis, rue des Frères-Bonie

1951

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948-1949 — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS PALATINES D'ORIGINE GLANDULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1948

PAR

Jean, Marie, Joël, Yves COIQUAUD

Né à Bordeaux (Gironde) le 25 Septembre 1919

Examinateurs de la Thèse	MM. DUBECQ, professeur	*Président*
	DE GRALLY, professeur	*Juges*
	DESPONS, professeur agrégé...	
	MARONNEAUD, profes. agrégé.	

BORDEAUX

ÉDITIONS CLÉDES & FILS

8 bis, rue des Frères-Bonie

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen honoraire ..... R. DUPÉRIÉ.
Doyen ..... G. PORTMANN.
Assesseur ..... M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGER, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie....	LOUBAT.
id.	CREYX.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique chirurgicale....	MASSE.	Chimie biologique et médicale.....	MACHEBŒUF.
Clinique chirurgicale.....	PAPIN	Physique médicale et pharmaceutique.....	PIFFAULT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN.
Clinique gynécologique....	MAGENDIE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	JOULIA.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	DE GRAILLY	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DARGET.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	DELMAS-MARSALET.
Anatomie générale et histologie.....	N	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Hygiène et clinique de la tuberculose.....	PIÉCHAUD.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	CASTAGNOU.
Médecine légale et médecine du Travail..	DERVILLÉE.	Clinique odonto-stomatologique....	DUBECQ.
Électroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	FONTAN.
Chimie.....	CHELLE.	Thérapeutique.....	BROUSTET.
Matière médicale.	GOLSE.		
Pharmacie.....	VITTE		
Physiologie.....	FABRE.		
Zoologie et parasitologie..	SIGALAS		
Médecine expérimentale..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	BEAUVIEUX.		
Botanique cryptogamie....	GIRARD.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE : PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie) MESNARD (Pharmacie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1e Section)	R. GOLSE.
Physiologie.....	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)...	MASQUELIER.
Bacteriologie.....	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)....	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCES : BLANQUET (Physique pharmaceutique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Médecine générale.....	SARIC.	Oto-rhino-laryngologie....	DESPONS.
id.	DUBARRY.	Dermatologie et syphiligraphie...	LE COULANT.
id.	TRAISSAC.	Histologie.....	MAYER
id	BERGOUIGNAN	Pédiatrie et Puériculture..	VERGER
Chirurgie générale.....	LEVY	Médecine légale et Médecine du travail.....	L'ÉPÉE
id.	POUYANNE.	Electroradiologie.....	LACHAPÈLE
id.	LAUMONIER.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
id.	CHAVANNAZ	Urologie.....	LANGE.
Chimie biologique.....	TAYEAU		
Obstétrique.....	MAHON.		
id.	CHASTRUSSE		
Ophtalmologie.....	BESSIERE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire....	DUFOUR.	Organographie et physiologie végétale.....	TEMPÈRE.
Accouchements	MAHON.	Chimie biologique.....	NEUZIL.
Puériculture.....	N.	Pathologie chirurgicale ..	LAUMONIER.
Législation pharm.....	POPLAWSKI	id.	VILLAR.
id.	COUSTOU	Zoologie pharmaceutique.	BAILENGER.
Anatomie	RIGAUD.	Hydrologie pharmaceutique.....	CAZAUX.
Chimie minérale.....	BABIN.		
Cryptogamie.	LAUBIE.		
Pharmacie galénique	MESNARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur X.-J. DUBECQ

Professeur de Clinique Odonto-Stomatologique

Docteur es-Sciences

Officier de l'Instruction Publique

AVANT - PROPOS

Depuis longtemps la Pathogénie des Tumeurs de la Face et du cou a exercé la sagacité des anatomopathologistes.

Elle a permis de poursuivre les Etudes sur la naissance des tumeurs mixtes en général.

Mais à la face, et notamment dans la Cavité Buccale, et en particulier sur la Voûte Palatine, ce problème avait des données embryologiques, anatomiques, histologiques.

Les tumeurs palatines d'origine glandulaire ont une structure, une évolution et un pronostic qui diffèrent des autres. Pour bien les comprendre il faut se rappeler l'évolution ontogénique de la région, son anatomie et son histologie; elles apportent quelque clarté dans l'explication des caractères anatomopathologiques, cliniques et pathogéniques des tumeurs qui y naissent.

On en déduira aisément la conduite thérapeutique sur laquelle nous passerons plus rapidement.

Notre travail est l'ampliation de la publication de MM. Dubecq et Maronneaud parue en 1946, dans la Revue de Stomatologie.

Nous remercions ici le docteur Biraben, pour l'aide très grande que sa connaissance approfondie de l'anatomie-pathologique nous a apporté dans l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

L'étude des tumeurs d'origine glandulaire suscita de nombreux travaux et engendra une synonymie étendue.

Suivant les auteurs nous retiendrons les appellations suivantes : Enchondromes, Fibromes, Myxomes, Chondromyxomes, Tumeurs mixtes, Epithéliomas à trame variable, Branchiomes, Enclavomes, Endothéliomes.

Cette énumération résume l'historique de ces tumeurs et indique les difficultés rencontrées tant dans leur description que dans leur histo-pathogénèse.

Parmi les auteurs Français, Coyne les étudia en 1874, les prenant pour des tumeurs conjonctives et les classa dans les sarcomes.

Fonnegra en 1883, reconnut leur origine épitheliale et les appela « Epitheliomes ».

En 1890, Stephens Paget démontra pour la première fois la complexité tissulaire épithelio-conjonctive et les nomma « Tumeurs mixtes ».

Larabrie (22) de Nantes, en 1890, décrivit ces tumeurs comme des « épitheliomas à trames conjonctives variables.

Cette opinion devait prévaloir parmi les auteurs Français. Elle fut soutenue par Bergeret-Besancon et s'oppose à la théorie allemande de Volkmann, qui niant la dualité tissulaire leur attribuait une origine purement conjonctive et en faisait des endotheliomes ou des sarcomes.

La thèse Française s'imposa cependant. Mais l'opposition subsista sur le plan de l'histo-pathogénèse. Les uns pensaient que ces tumeurs se développaient aux dépens des éléments cellulaires normaux, les autres faisaient intervenir des débris embryonnaires inclus dans ces glandes, (ce furent les enclavomes de Chevassu).

Puis la diversité cellulaire fit penser à des inclusions de cellules encore moins différenciées et la théorie dysembryoplasique se fit jour.

Enfin, en mettant en évidence, les remaniements tissulaires dont la région cervico-faciale est le siège, Cuneo et Veau en firent des Branchiomes.

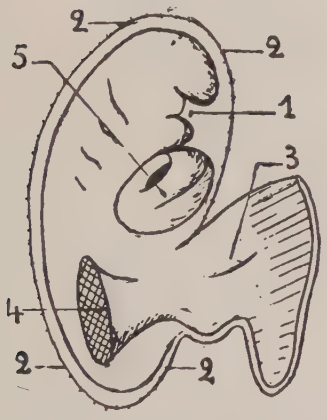
EMBRYOLOGIE

Le développement du palais est lié à celui de l'extrémité céphalique de l'embryon (16).

Son élaboration est due à la coalescence du Bourgeon Médian ou Nasal Interne (émané du Bourgeon Frontal) et des Bourgeons Jugaux ou Maxillaires Supérieurs (émanés de la partie postérieure du premier arc branchial ou arc Mandibulaire).

Rappel des premiers stades embryologique

Au stade de 8 mm 6 de His, à l'extrémité céphalique, de l'embryon, se trouve le bourgeon frontal en vis-à-vis de la saillie cardiaque sous-jacente.



EMBRYON M DE HIS DE 2mm6

(d'après G. Dubreuil)

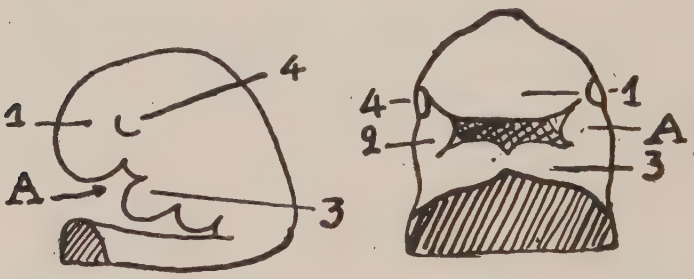
1 — Bouche primitive
2 — Amnios
3 — Vésicule ombélicale
4 — Pédicule ventral
5 — Ebauche cardiaque

La bouche primitive n'est qu'un diverticule situé entre ces deux proéminences. Le vésicule oculaire primitive est différenciée de chaque côté de l'embryon. Le sillon orbito nasal la relie à la bouche primitive.

La partie latérale sous-jacente à la bouche primitive est striée de quatre sillons à direction ventro-dorsale; ce sont les sillons branchiaux, proches ou fentes ectodermiques séparées par des saillies ou arcs branchiaux.

Dans l'embryon de 4 mm. 08 de Fischel et Hochstetter, sur le bourgeon frontal apparaît la fossette olfactive différenciation ectodermique située en avant de la vésicule oculaire, à mi-distance de cette dernière et du plan médian de l'embryon.

La bouche primitive constituée par une cavité ectodermique ne communique pas avec l'intestin céphalique dont elle est séparée par une juxtaposition de l'entoderme à l'ectoderme constituant la membrane didermique buccopharyngienne.



EXTRÉMITÉ LÉPHATIQUE DE L'EMBRYON M DE HIS

(d'après G. Dubreuil)

A — Bouche primitive
1 — bourgeon frontal
2 — Bourgeon maxillaire supérieur
3 — Bourgeon maxillaire supérieue
4 — Ebauche de la vésicule oculaire

Développement de la Face et du Palais

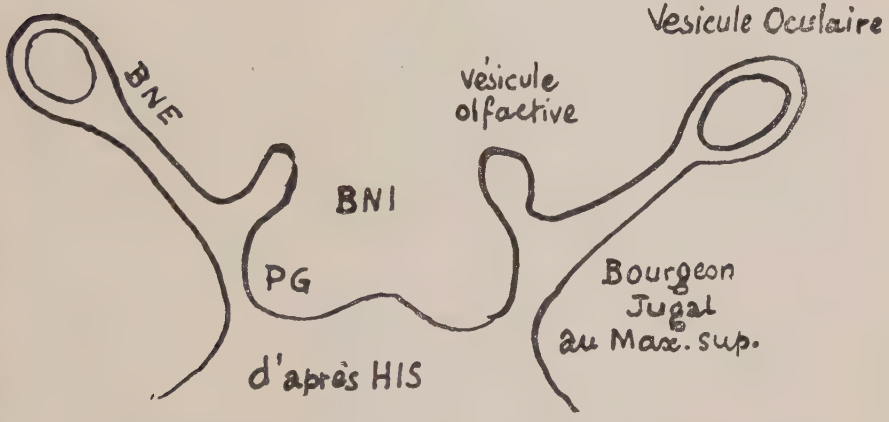
Entre les stades de 8 mm. et de 25 mm. vont avoir lieu les remaniements présidant à l'élaboration de la face.

La Membrane Pharyngienne apparaît comme « une aire assez grossièrement pentagonale » (Cadenat) (6) entourée de cinq bourgeons.

Deux la bordent à sa partie inférieure, ce sont les bourgeons mandibulaires issus de la partie antérieure du premier arc branchial.

Deux sont latéraux, ce sont les bourgeons Maxillaires Supérieurs ou Jugaux, émanés de la partie postérieure du premier arc.

Enfin le Bourgeon Frontal la domine. Il est situé à la partie antéro ventrale du fœtus et délimité de chaque côté par les sillons orbito-nasaux.



La membrane paraît s'enfoncer. Le Bourgeon Frontal Médian descend vers l'arc Mandibulaire. Les fossettes olfactives se creusent et s'enfoncent dans le Bourgeon Médian, leurs bords se surrélèvent, elles divisent alors le Bourgeon Médian de chaque côté en Bourgeon Nasal Externe et en Bourgeon Nasal Interne. L'extrémité du B.N.I. est divisée à son tour par une « échancrure médiale » en deux lobes, les Procès Globulaires.

Le Bourgeon Nasal Interne, tout en continuant à descendre, envoie une ramification vers le Bourgeon Nasal Externe, ferme la gouttière olfactive et forme la Narine Primitive.

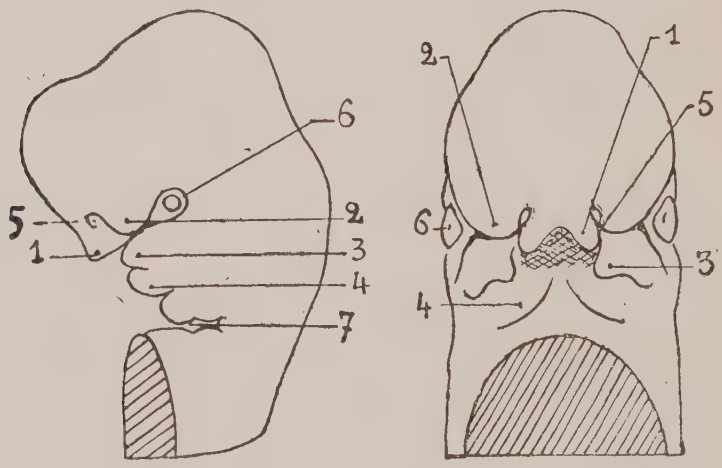
Le Bourgeon Maxillaire Supérieur s'allonge en direction du plan médian, s'insinue sous le Bourgeon Nasal Externe et vient se souder au Bourgeon Nasal Interne.

Le Palais primaire est constitué. Les phénomènes, que nous venons de décrire, se passent au niveau de la face. En profondeur, nous assistons parallèlement au cloisonnement de la bouche primitive.

Les sillons Orbito-Nasaux s'enfoncent et forment les canaux lacrymaux ébauchés des voies lacrymales.

Les gouttières olfactives débouchent dans la bouche primitive par les choanes primitifs.

De la face interne de l'arc mandibulaire partent les processus palatins prolongés par les lames palatines. D'abord très obliquement ascendants, ils deviennent horizontaux et la cloison médiane (dépendance du bourgeon frontal) tombe sur eux à angle droit.



EXTRÉMITÉ LÉPHATIQUE DE L'EMBRYON HUMAIN OU MALADE DE 6 mm.

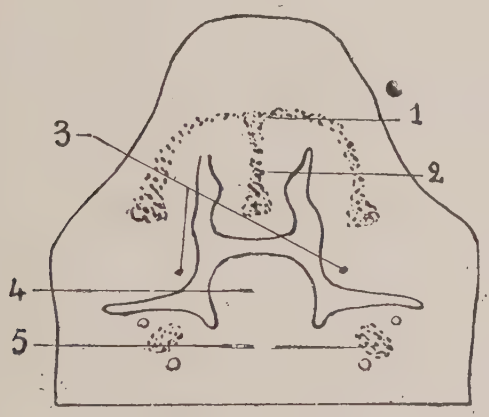
(d'après G, Dubreuil)

1 — Bourgeon nasal interne
2 — Bourgeon nasal externe
3 — Bourgeon maxillaire supérieur
4 — Bourgeon maxillaire inférieur
5 — Gouttière
6 — Vésicule optique
7 — Sinus précervical

Les processus palatins et les lames palatines forment la partie antérieure du Palais. La partie postérieure est constituée par des organes analogues, les lames Pterygo-Palatines qui portent une saillie dorsale ébauche de la Luette.

Chez l'adulte, la zone de soudure de la Cloison Nasale, de Bourgeons Nasaux Internes et des Lames Palatines est marquée par le canal de Stenson ou canal incisif en forme d'Y faisant communiquer la bouche avec l'une et l'autre fosse-nasale.

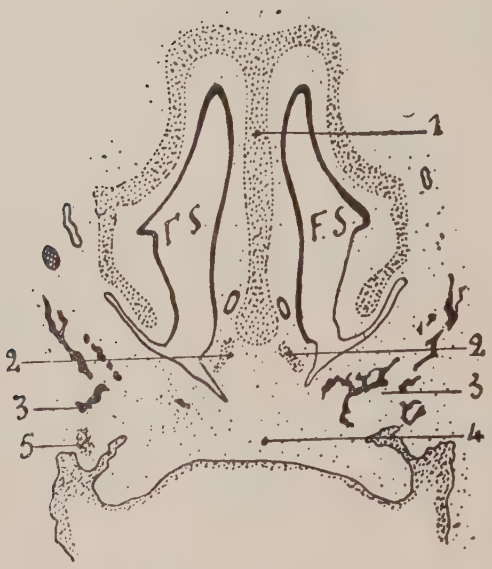
A ce stade le cloisonnement de la cavité buco-nasale est achevé et les choanes définitifs se trouvent au-dessus de la portion membraneuse du voile du Palais.



COUPE FRONTALE DE L'EMBRYON HUMAIN DÉSIGNÉ

(d'après Kubel et Elze)

1 — Capsule cartilagineuse du nez
2 — Cloison nasale
3 — Bourgeons palatins du maxillaire supérieur
4 — Ebauche de la langue
5 — Cartilage de Meckel



CLOISONNEMENT FRONTAL ET SAGITTAL DE LA CAVITÉ BUCCO-NASALE — EMBRYON HUMAIN DE 42 mm.

(d'après Kubel)

1 — Cloison nasale
2 — Cartilage de Jacobson
3 — Travées osseuses du maxillaire supéieur
4 — Le palais
5 — Ebauche dentaire

DISCUSSION

Les théories émises au sujet de la coalescence des bourgeons de la face sont nombreuses et nous citerons pour mémoire les noms de : Gœthe, Albrecht, Kolliker, Biondi, Warynski, Fawcett, Inouye, Bruni.

Albrecht faisait participer le B.N.E. à la formation de la lèvre supérieure et du Palais, s'appuyant sur l'anatomie pathologique du bec de lièvre; plusieurs auteurs, dont Kolliker, combattirent cette opinion.

Cadenat (6-7) en 1924, établit que :

1° La narine est formée par le contact entre le Bourgeon Nasal interne et le Bourgeon Nasal externe.

2° Le Palais Primaire est constitué par les seuls bourgeons nasal interne et Jugal.

3° Le Bourgeon Nasal Externe prend part seulement à la formation de la partie latérale du nez et ne descend jamais prendre part à la formation du Palais.

OSTÉOLOGIE

Pour les auteurs classiques il y aurait plusieurs points d'ossification et développement distinct du maxillaire proprement dit d'une part et d'un os prémaxillaire supportant le bloc incisif d'autre part.

Pour le maxillaire supérieur proprement dit, ils distinguent quatre points d'ossifications :

— malaire;

— orbito-nasal;

— palatin;

— nasal.

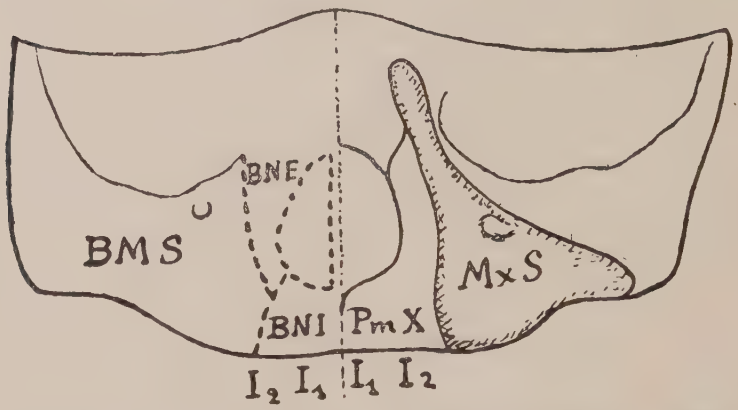
Le prémaxillaire, pour la plupart des auteurs, se développe en un seul point.

Cependant Leuchart et Albrecht (8) trouvent un point d'ossification externe et un autre interne.

Biondi et Warynski (8) supposent un point antérieur et un autre extérieur.

Le rôle du prémaxillaire est également mal déterminé; pour les uns, il ne prend part qu'à la formation de la région incisive.

Pour les autres, il contribuerait à l'édification de l'apophyse montante et atteindrait l'os nasal et le frontal.



LES LIMITES DES OS ET DES BOURGEONS DE LA FACE

(d'après Cadenat)

B N E — Bourgeon nasal externe
B N I — Bourgeon nasal interne
P m X — Os inter ou prémaxillaire
B M S — Os maxillaire supérieur
I 1, I 2, — Sièges des ébauches de l'incisive centrale et de l'incisive latérale.

Vallois et Cadenat (8), par des recherches effectuées sur des embryons et fœtus de 2 à 9 mois, ont démontré que l'ensemble du Maxillaire Supérieur est constitué seulement par deux points d'ossification, l'un prémaxillaire, l'autre maxillaire, soudés très rapidement en une lame dense.

La partie maxillaire de cette lame donne le Rebord alvéolaire Externe, la partie externe du Plancher de l'Orbite, les Radiations canines et la partie superficielle de l'apophyse nasale par ses expansions nasopalatines elle donne encore le palais et le rebord alvéolaire postcanin et molaire, les 3/5 postérieurs de l'apophyse nasale, la moitié interne du plancher de l'orbite et les parois du sinus maxillaire.

Le prémaxillaire de son côté forme le rebord osseux des fosses nasales et n'intervient pas dans la formation de l'orbite.

Les différentes sutures individualisant le prémaxillaire ne tardent pas à s'effacer. A ses différents points de jonctions avec le prémaxillaire, le maxillaire le recouvre par des lames extrêmement minces. « Le prémaxillaire est serti dans le maxillaire comme un chaton dans une bague ». (Cadenat).

Seule la suture incisive subsistera quelques temps et sera encore visible dans la vie post-fœtale pour disparaître dans les premières années de la vie extra-utérine.

LES OBSERVATIONS

de CADENAT :

Pour Cadenat, les bourgeons, les os et les dents sont de formations qui ne concordent ni dans le temps ni dans l'espace (6).

La limite externe du bourgeon nasal interne est intra-prémaxillaire et intra-incisive; la limite interne du bourgeon maxillaire supérieur est trans-maxillaire, transinter-maxillaire et transincisive.

de Victor VEAU (34) :

Victor Veau, guidé par les travaux de Hochstetter, considère dans l'édification de la face un palais primaire et un palais secondaire.

Le palais primaire et les formations prépalatines partant de la peau de la lèvre antérieure et aboutissant au canal palatin antérieur ont une individualité précoce établie entre le stade de 3 mm. et celui de 16 mm.

Le palais secondaire (Voûte Palatine) est établi par les replis palatins beaucoup plus tard.

Pour lui le Tubercule Médian n'est qu'une carcasse, un échaffaudage transitoire, permettant seulement au bourgeon maxillaire supérieur d'apporter la plus grande partie des matériaux nécessaires à la construction des muscles, artères, nerfs.

« Le tubercule Médian, dit-il, forme le segment médian de la lèvre supérieure, mais il ne lui donne aucun muscle.»

» Son squelette constitue peut-être la totalité de l'os intermaxillaire mais le bourgeon maxillaire supérieur donne à ce squelette et aux dents qu'il porte ses vaisseaux et ses nerfs.

» La muqueuse du tubercule Médian forme le plancher du vestibule nasal, mais elle n'entre pas dans la constitution de la muqueuse palatine ».

ÉTUDE PHYLOGÉNIQUE DES GLANDES DE LA CAVITÉ BUCCALE CHEZ LES VERTÉBRÉS

L'étude des glandes de la cavité buccale chez les vertébrés nous apprend la grande variété existant tant dans le nombre et la disposition des glandes que dans leur différenciation chez les différentes espèces.

« Les Gnathostomes inférieurs, les poissons n'en ont pas. Par contre les Tétrapodes terrestres en possèdent en général. On les rencontre pour la première fois chez les amphibiens sous une forme relativement peu évoluée, mais on constate enfin leur plein développement chez les vertébrés amniotes.

» Nous devons donc considérer les glandes pluricellulaires de la cavité buccale comme une acquisition nouvelle des vertébrés qui coïncide avec le perfectionnement de l'organisme des Tétrapodes terrestres ». (Kurt Farenholz) (20).

Si les poissons et les amphibiens aquatiques ne possèdent pas de glandes de la cavité buccale, la plupart des autres amphibiens ont une glande intermaxillaire correspondant à peu près à ce territoire.

Chez les reptiles, les sauriens possèdent des glandes médianes impaires et des glandes latérales paires. Les ophidiens n'ont pas de glandes palatines. Les chéloniens présentent des glandes palatines très développées comparables à celles des oiseaux. Chez les crocodiliens leur présence paraît douteuse.

Chez les oiseaux le système glandulaire palatin est fort développé avec une importance moins considérable chez

ceux qui vivent dans l'eau. On distingue, chez eux, trois groupes pairs de glandes palatines : un groupe antérieur (ou maxillaire) composé de deux glandes peu développées; un groupe moyen (ou palatin) et un groupe postérieur (ou ptérygöidien) avec de nombreuses glandes.

Les mammifères présentent surtout des glandes salivaires. Il n'y a de glandes séreuse pures que dans quelques cas (chez l'homme par exemple). Les glandes ne sont le plus souvent que peu développées au palais dur. Chez les ruminants elles s'étendent sur tout le palais dur, même sur le rempart alvéolaire. L'examen macroscopique montre par contre que chez le cheval, le porc, la plupart des rongeurs et des carnivores on les trouve reléguées au palais mou. D'après Janique cependant, et sauf chez le cheval, l'étude microscopique permet d'établir l'existence par endroit et même dans des zones étendues de glandes palatines situées dans la sous-muqueuse du palais dur.

Kurt Farenholz (20) étudiant l'origine des glandes salivaires se demande si elles sont issues d'une transformation in situ de la muqueuse buccale ou si elles sont une migration vers la bouche des glandes de la peau. Pour la majorité des glandes il penche pour l'hypothèse de la formation in situ à partir des cellules épithéliales, s'appuyant sur le fait que l'on trouve chez les tétrapodes inférieurs tous les degrés possibles de passage, depuis les formations sécrétoires primitives juqu'aux glandes pluricellulaires. Pour les glandes du vestibule, des lèvres et les glandes attenantes il pense au contraire qu'il s'agit d'une migration des glandes de la peau vers l'orifice buccal, et ceci parce qu'elles arrivent relativement tard dans la lignée phylogénique et coïncident avec la formation des lèvres.

Quoi qu'il en soit, l'origine ectodermique des glandes salivaires paraît certaine.

ANATOMIE

La région Palatine est limitée en avant par l'arcade dentaire supérieure et se termine en arrière avec le bord libre du voile du palais. Elle sépare la cavité buccale des fosses nasales.

Elle se subdivise en deux parties : la voûte ou palais dur, le voile ou Palais mou.

LA VOUTE PALATINE :

En coupe frontale, « la voûte a l'aspect d'un berceau fermé en avant par la demi-coupole des arcades dentaires », (V. Veau) (35). C'est une cloison ostéopériostée comprise entre les muqueuses buccale et nasale.

En allant de la cavité buccale vers la cavité nasale, nous rencontrons d'abord une fibromuqueuse dans laquelle cheminent les vaisseaux et les nerfs palatins. Ces derniers émergent par le trou palatin antérieur pour les vaisseaux et nerfs naso-palatins et par le trou palatin postérieur pour les vaisseaux et nerfs palatins supérieurs.

L'artère palatine, branche de la maxillaire interne, nourrit le palais. Arrivée à la voûte, elle s'infléchit en avant et se dirige parallèlement au rebord alvéolaire à un centimètre de lui, puis s'anastomose avec la naso-palatine.

Dans cette couche nous trouvons les glandes palatines. Elles sont constituées par deux amas situés de chaque côté de la ligne médiane. Ce sont des glandes en grappes. Chacune d'elles possède son canal excréteur qui vient s'ouvrir à la surface libre de la muqueuse.

Leur maximum de développement se trouve à la partie postérieure de cette région où elles sont juxtaposées et superposées. De moins en moins nombreuses en avant elles disparaissent pratiquement au niveau d'une ligne horizontale menée par les deux canines.

Au-dessus de cette fibromuqueuse nous rencontrons la partie osseuse. « Elle est constituée dans ses 3/4 antérieurs par les apophyses palatines des deux maxillaires supérieurs, droit et gauche, et dans son 1/4 postérieur par les lames horizontales des deux os palatins droit et gauche. Elle est limitée en avant et latéralement par les bords alvéolaires des maxillaires supérieurs réunis en un contour arciforme, qui rappelle celui d'un fer à cheval, en arrière par le bord postérieur concave des os palatins dont les extrémités postéro-internes de la lame horizontale sont marquées par la saillie de l'épine nasale postérieures ». (X.J. Dubecq) (14).

Elle est lisse dans son 1/3 postérieur et rugueuse dans ses 2/3 antérieurs. Deux sutures perpendiculaires l'une à l'autre la divisent. L'une est médiane antéro-postérieure. C'est la ligne de soudure des 3 apophyses palatines des deux maxillaires droit et gauche et des lames horizontales des 2 os palatins droit et gauche. Cette suture dans la portion médio-palatine peut s'épaissir et former le « torus palatinus ». Dans la région rétroincisive se trouvent de chaque côté de la ligne médiane et dans son voisinage les trous palatins antérieurs débouchant dans une dépression ou fossette rétroincisive. Ils livrent passage au nerf naso-palatin de Scarpa. Dans la région postérieure au niveau du diasthème séparant la 2e et la 3e molaire, et à 1 cm. environ du rebord alvéolaire, se trouve de chaque côté de la ligne médiane le trou palatin postérieur.

Enfin la voûte palatine est tapissée en dessus par la muqueuse nasale.

VOILE DU PALAIS

Le voile du palais prolonge en arrière la voûte palatine pour former le palais mou (pallatum molle).

C'est une lame quadrangulaire musculo-membraneuse d'un centimètre d'épaisseur.

Le bord antérieur, rectiligne, s'attache au bord postérieur de la voûte. Le bord postérieur à l'état de repos tombe vers la base de la langue. Les bords latéraux s'attachent au massif sphéno-maxillaire, tandis que postérieurement ils sont liés à la constitution du pharynx. Le bord inférieur est libre et divisé en son milieu par la présence de la luette. Latéralement il est constitué par les piliers antérieurs et postérieurs droit et gauche et les fosses amygdaliennes.

En épaisseur le voile du palais est constitué successivement par des couches de natures différentes.

Nous rencontrons :

1° Une aponévrose très résistante, continuant en arrière la voûte et formant le squelette du voile.

2° Des muscles au nombre de dix, cinq de chaque côté. Ce sont : le péristaphylin externe, le péristaphylin interne, le palato-staphylin, le glossostaphylin et le pharyngostaphylin. Ces muscles agissent d'une part sur la trompe d'Eustache et d'autre part permettent au voile du palais de jouer son rôle sphinctérien.

3° Des muqueuses revêtant le voile à sa partie inférieure et supérieure et se réunissant au niveau du bord libre. La muqueuse inférieure fait suite à la muqueuse buccale et présente le même aspect rose, lisse, épais et les mêmes caractères histologiques que nous étudierons plus loin. La muqueuse supérieure continue la muqueuse nasale, au moins à sa partie antérieure. « Elle est rouge, inégale, min-

ce et surmontée d'un épithélium cylindrique à cils vibratils ». (Testut) (33).

4° Des glandes disséminées sur les deux faces du voile.

A) une couche supérieure et isolée où elles sont rares et situées dans l'intervalle des fibres musculaires. Elles sont plus nombreuses sur la partie latérale que sur la partie moyenne;

B) une couche inférieure plus riche et atteignant 4 à 5 mm. d'épaisseur à sa partie antérieure.

Les artères nourrissières viennent de la palatine supérieure ou descendante, de la pharyngienne inférieure.

Les nerfs sensitifs proviennent du nerf sphéno-palatin branche du nerf maxillaire supérieur.

L'innervation motrice se fait par les nerfs pneumogastrique et spinal, sauf pour le muscle péristaphylin externe en synergie fonctionnelle avec le muscle du marteau et innervé comme lui par le maxillaire inférieur.

HISTOLOGIE

1° - MUQUEUSE BUCCALE

La muqueuse palatine est du type dermo-papillaire. Elle se compose d'un épithélium ectodermique et d'un derme mesenchymateux.

Macroscopiquement elle apparaît rose et brillante.

L'EPITHELIUM

C'est un épithélium pavimenteux, stratifié du type malpighien à évolution muqueuse. Il repose sur une mince vitrée, membrane de nature conjonctive.

On y distingue 4 couches principales en allant de la profondeur à la surface.

A) Une couche génératrice formée de cellules cubiques hautes.

B) Une couche de Malpighi formée de cellules polyedriques du type épidermique, séparées par des espaces intercellulaires, mais reliées les unes aux autres par de nombreux filaments unitifs.

En coupe elles donnent l'image d'un dallage, d'où leur qualification de pavimenteuses.

C) Une couche superficielle, formée de plusieurs assises de cellules polyedriques qui tendent à s'aplatir de plus en plus tandis que leur noyau se réduit à une masse sans structure.

D) Une couche desquamante, dans laquelle les corps aplatis se détachent des couches sous-jacentes. On rencontre aussi dans la couche profonde de l'épihélium des cellules ramifiées libres considérées comme épithéliales par

certains auteurs (Masser) (13 c) et conjonctives ayant émigrées dans l'épiderme par d'autres. Ce sont les cellules de Langerhans en rapport avec le réseau tropho-mélanique. Elles jouent un rôle probable dans les échanges du derme et de l'épiderme.

LE DERME

ou chorion, commence avec la vitrée sur laquelle repose l'épithélium. Il comprend 3 couches :

1° Une couche papillaire conjonctive.

2° Une couche sous papillaire membraneuse constituée de fibres conjonctives et élastiques.

3° Une couche tendiniforme membrano-fibreuse. Sur cette charpente de soutien du derme s'appliquent des cellules réticulaires qui « conservent les propriétés originelles, les caractères indifférenciés, les aptitudes évolutives du mésenchyme primitif dont elles représentent la lignée embryonnaire » (Le Coulant) (13 c).

Ces cellules sont parties intégrantes du système réticulo-endothélial d'Ashof et Landan.

Ces différents éléments sont parcourus :

1° par des réseaux capillaires aboutissant à la couche papillaire;

2° par des terminaisons nerveuses sensitives;

3° par des lymphatiques aboutissant à un réseau sous-papillaire et gagnant de là les couches profondes du derme.

Le derme repose sur une couche fibro-adipeuse ou « sous-muqueuse » contenant des faisceaux musculaires striés et des glandes salivaires dants les canaux excréteurs traversent le derme et l'épithélium à la surface duquel elles débouchent.

Dans les régions où cette sous-muqueuse existe (région latéro-palatine et voile du palais) la muqueuse adhère peu aux plans sous-jacents, au contraire dans la région médio-palatine et alvéolaire, les couches papillaires et tendiniformes avaient des prolongements s'unissant au périoste et au ligament alvéolo-dentaire.

« A la notion d'adhérence se superpose la notion de dépressibilité dont on sait la concordance topographique, l'une et l'autre capitales en stomatologie par leurs conséquences pratiques, cliniques et prothétiques » (X.J. Dubecq) (13 c).

2° - LES GLANDES SALIVAIRES

Elles sont une émanation de l'épithélium ectodermique invaginé dans le mésoderme. Seule la partie profonde est secrétrice, la partie superficielle étant excrétrice. Elles appartiennent au type tubulo-acineux ou séro-muqueux.

1° L'acinus secréteur est représenté par un tube flexueux et irrégulier. La paroi comprend :

a) Une vitrée collagène entourant l'acinus.

b) Une couche de cellules myoépithéliales;

« éléments rameux étalés, pourvus de prolongements qui s'entre-croisent ».

c) Les cellues muqueuses, bordant la lumière de l'acinus et disposées en une simple couche. Elles sont de forme cubique ou pyramidale. Leur protoplasma est clair et spumeux et renferme de nombreuses boules de mucigène et quelques éléments du chondriome.

d) Les cellules séreuses. Elles s'interposent entre les cellules muqueuses et se disposent sous forme de plages en croissant (Gianuzzi) (13 c).

Elles sont de forme pyramidale, à noyau unique, avec une masse de protoplasma dénuée d'éléments du chondriome.

2° Les canaux excréteurs.

Ils sont constitués par des « segments de Boll » qui prolongent un acinus ou plusieurs acini réunis en grappe.

Ils sont courts et fins et composés d'une assise cellulaire unique.

Dans les glandes composées, les segments de Boll se conjuguent pour former les canaux de Pfluger, plus volumineux, constitués par une assise de cellules hautes et prismatiques reposant sur une vitrée. Ils sont interlobulaires.

Les canaux excréteurs leur font suite et sont constitués par un épithélium à 2 couches de cellules, une lumière large et une vitrée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Théories Pathogéniques et Conceptions Anatomo-Pathologiques

1° — Théorie endothéliale de VOLKMANN (1895) (5)

Cette théorie est la première en date. Ayant trouvé un aspect endothéliforme aux formations glandulaires de ces tumeurs, VOLKMANN leur attribuait une origine purement mésenchymateuse, à partir de l'endothélium des fentes vasculaires du tissus conjonctif.

2° — Théorie épithélio-glandulaire

Après 20 ans de suprématie cette opinion s'opposa à la théorie épithélio-glandulaire soutenue par les auteurs français (PERROCHAUD, les frères MALHERBE, BERGER, etc...) (3). Ils attribuaient aux éléments épithélioïdes des tumeurs mixtes une origine glandulaire, se basant sur l'apparence glandulaire de certains de ces éléments. Mais la présence dans ces tumeurs, d'éléments malpighiens (fréquemment des globes cornés) était une objection importante.

3° — Théories embryonnaires

D'autres auteurs, tout en étudiant l'origine histologique précise de ces formations, s'attachèrent surtout à trouver une explication d'ordre embryogénique, satisfaisant les constatations histologiques. Ce sont les théories embryonnaires qui font des tumeurs mixtes des dysembryomes, ou tumeurs par inclusion embryonnaire.

Cette inclusion peut se faire par une cellule, ou des cellules très jeunes, qui évoluent plus tard vers la formation

de tissus multiples. (Théorie blastomérique et théorie nodale). Des tissus variés peuvent s'inclure (Théorie branchiale). L'inclusion peut être plus tardive se faisant aux dépens d'ilôts de la glande elle-même (Théorie des germes embryonnaires).

La théorie Blastomérique de W Roux, part de la conception blastomérique de l'embryon. Un blastomère inclus, évoluant pour son propre compte donnera une tumeur mixte.

La théorie Nodale de Bard s'appuie sur sa conception de « l'arbre histogénique ». Il existe un moment où les cellules embryonnaires contiennent en puissance une pluralité de tissus; ce sont les cellules nodales. L'une d'elles, retranchée de l'évolution normale, pourra engendrer une formation tératologique ou une tumeur mixte.

Ces théories furent spécialement appliquées aux tumeurs des glandes salivaires par Nadal, en 1912.

Cunéo et Veau, en 1900, rapportèrent l'origine des tumeurs mixtes à l'inclusion de débris des arcs branchiaux.

Massabiau supposa que des éléments glandulaires embryonnaires, nés de la muqueuse buccale, avaient entraîné avec eux un fragment du mésenchyme. Cette théorie expliquait ainsi les tissus variés que l'on rencontre dans les tumeurs mixtes et avait l'avantage de rendre compte de la localisation régionale de ce type de tumeur.

4° — Théories contemporaines

Actuellement l'évolution des idées s'est faite moins vers une explication embryologique des phénomènes, que vers une plus nette compréhension des faits histologiques accessibles à l'observation.

Krompecher, Alezais et Peyron (2) s'attaquèrent à la notion de spécificité cellulaire. Ils pensèrent que les cellu-

les épithéliales pouvaient évoluer vers la nature conjonctive. Ces vues, développées d'abord par Masson et Peyron (29), ensuite par Masson, aboutirent à l'une des deux grandes théories actuellement en cours : « la théorie de la Métaplasie » de Masson. La dernière théorie, en date, est celle du Professeur Roger Leroux. Elle se ramène à une interaction épithélio-conjonctive.

A — Théorie de MASSON (27-28)

Masson conclut à la présence de deux catégories de tissus dans les tumeurs mixtes : tissus de souche épithéliale apte à des différenciations variées, et tissu mésenchymateux variant lui aussi dans ses différenciations.

Il se réfère à l'opinion de Ribbert, qui admet que l'épithélium d'origine salivaire et les éléments mésenchymateux se transforment en proliférant chacun côte à côte, avec interpénétration des éléments conjonctifs et épithéliaux.

La souche *épithéliale* présente des différenciations multiples, avec nette dominance des aspects glandulaires soit excréteurs, soit acineux. Elle peut donner également des différenciations du type pavimenteux stratifié.

Ces différenciations sont en rapport avec les potentialités évolutives multiples de l'ectoderme facial et de l'entoderme antérieur. La partie épithéliale donnerait aussi naissance à des cellules mésenchymateuses.

Pour Masson, cette *Métaplasie* peut se faire de 3 façons essentielles :

a) Dislocation et effilochage de cellules périphériques de travées épithéliales. Entre ces cellules prend naissance une substance intersticielle hyaline avec quelques fibres collagènes.

b) Apparition entre les cellules d'une travée épithéliale d'une substance intersticielle qui peu à peu dissociée des cellules qui deviennent elles-mêmes étoilées et rameuses. Ceci évoque un aspect rappelant un adamantinome. Il y a aussi apparition des fibrilles collagènes entre les cellules dissociées.

c) Les cellules de travées épithéliales peuvent s'isoler dans une substance mucoïde en s'arrondissant et en faisant perdre à la travée toute limitation.

Masson explique ainsi la formation d'éléments d'allure mésenchymateuse à partir d'éléments épithéliaux, et en particulier, la formation de zones cartilagineuses et de zones myxoïdes. Pour lui, la substance mucoïde ou la substance chondroïde, se forme sous l'action de secrétions de cellules épithéliales. Ces substances seraient déversées directement dans le conjonctif par les cellules épithéliales « à polarité sécrétoire inversée », soit directement, soit produites par un ferment d'origine épithéliale sur la substance collagène.

Il admet que la lignée conjonctive puisse se transformer d'elle-même en tissu muqueux ou cartilagineux; mais il donne le principal rôle à la métaplasie épithéliale que nous venons de décrire plus haut.

En conclusion nous citerons les propres paroles de Masson : « Pour révolutionnaire que soit une telle interprétation, elle a tout au moins l'avantage de s'accorder avec les faits. Si l'on s'y rattache, les tumeurs mixtes comportent donc une souche épithéliale à différenciations variées, une souche mésenchymateuse originelle à différenciations variées et un contingent plus ou moins important d'éléments mésenchymateux nés des épithélium par métaplasie ». (Masson).

B — Théorie de LEROUX (25)

Leroux considère ces tumeurs comme strictement épithéliales, et non à tissus multiples. Elles n'ont d'individualité que par les modifications que les éléments épithéliaux font subir au stroma conjonctif, et réciproquement; et il les classe, tant du point de vue histologique qu'évolutif, dans le cadre des épithéliomas glandulaires.

Les éléments épithéliaux sont de plusieurs types principaux; cellules cylindriques variées dans leur coloration, petites cellules polymorphes, formes cellulaires de déviation des cellules précédentes : mucipares, myoépithéliales, malpighiennes. Chacune de ces formes correspondrait à un type précis en la glande salivaire normale ou inflammatoire.

Le stroma intersticiel est constitué par toutes les substances entourant ou séparant les cellules épithéliales, (produits de sécrétion, ou de dégénérescence du tissu épithélial, ou du tissu conjonctif).

Ce stroma comprend les formations muqueuse, hyaline, cartilagineuse, collagène, fibroblastique. Tous ces types de substance sont généralement intriqués.

Le phénomène essentiel est l'interaction épithélio-conjonctive qui donne à ces tumeurs une individualité certaine parmi les autres épithéliomas. Il se produirait donc un déséquilibre épithélio-conjonctif, qui est un des premiers signes de malignité d'une tumeur adénomateuse. Ceci serait prouvé par la disparition des basales séparant l'épithélial du conjonctif; par suite, on constaterait l'essaimage des cellules épithéliales dans le stroma, et ainsi se trouverait réalisé en particulier l'aspect dit « cartilagineux embryonnaire ». Le cartilage véritable avec périchondre serait l'exception, et représenterait seulement un processus

de cicatrisation, de même que la métaplasie osseuse du stroma.

Enfin, la transformation hyaline du tissu conjonctif et des éléments vasculaires aboutirait à produire ce qui a été décrit sous le nom de « cylindrome ».

En conclusion de cette théorie Leroux considère que les tumeurs mixtes sont composées d'une seule souche proliférante qui est la souche épithéliale de la glande salivaire elle-même. La prolifération est histologiquement épithéliomateuse avec des métaplasies ou des différenciations possibles. Cet épithélioma provoque des modifications dans le stroma réaction qui à son tour peut réagir sur l'épithélioma lui-même.

Cela revient à nier l'existence même de la tumeur mixte dysembryoplasique pour la remplacer par la conception beaucoup plus simple de l'épithélium des glandes salivaires.

C — Parallèle entre la Théorie de MASSON et la Théorie de LEROUX

Nous voyons que les deux grandes théories actuellement en faveur se rattachent toutes deux à la conception épithélio-glandulaire.

Mais elles diffèrent en ce sens que la première considère essentiellement la prolifération simultanée de l'épithélial et du conjonctif avec métaplasie très importante du premier; tandis que la seconde n'admet qu'une prolifération épithéliomateuse avec métaplasie possible accompagnée d'une réaction spéciale du stroma.

Elles se rapprochent par la grande importance qu'elles donnent toutes deux à l'épithélial et par la notion d'action ou d'interaction de l'épithélial et du conjonctif, univoque dans la première, réciproque dans la seconde.

DESCRIPTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Sans vouloir préjuger des théories pathogéniques des tumeurs mixtes, on peut décrire leur structure histologique et leur nature cytologique, en se basant sur l'observation morphologique objective.

« Macroscopiquement, elles se présentent tantôt sous la forme d'un petit nodule gris jaunâtre, friable, peu consistant, tantôt sous la forme d'un petit noyau gélatineux, hyalin, homogène, ferme. Les tumeurs volumineuses sont encapsulées, labées, friables; à la coupe on remarque un tissu jaunâtre, qui se trouve en général à la périphérie alors qu'au centre se trouve un tissu ferme fibreux, hyalin, crissant sous le bistouri, ou très vascularisé, ou vacuolaire et renfermant alors soit une substance colloïde ou myxoïde, soit de petits globules hyalins. Par ailleurs, se trouvent fort souvent disséminés des ilôts ou des plages chondroïdes ».

(X.J. Dubecq et P. Maronneau). (15).

ARCHITECTURE GÉNÉRALE

Les tumeurs mixtes comportent deux ordres de tissus : épithéliaux, mésenchymateux. Ils sont tous deux sous des formes et en abondance plus ou moins grande.

Les éléments *épithéliaux*, quel que soit l'architecture de la tumeur envisagée, sont des types suivants :

1° Cellules cylindro-cubiques éosinophiles, ou basophiles, ou claires.

2° Petites cellules foncées polymorphes.

3° Formes de déviation des précédentes : Mucipares, Myoépithéliales, Malpighiennes.

Ces tissus épithéliaux forment en général des travées plus ou moins importantes, plus ou moins ramifiées, anastomosées.

Certaines travées, la majorité, sont formées de cellules cylindrocubiques. D'autres forment des tubes glandulaires à contenu muqueux ou colloïde. Ces tubes glandulaires dilatés peuvent former des cavités kystiques, bordées également de cellules cylindriques ou cubiques. D'autres travées sont constituées de cellules cubiques sans différenciation précise, ou bien de petites cellules rondes polymorphes.

Il existe aussi fréquemment des plages formées de cellules épidermoïdes, dont les plus profondes et les plus centrales peuvent subir la kératinisation, et évoluer vers la formation de globes cornés.

Certaines travées, bien que d'allure épidermoïde, peuvent être creusées de cavités à contenu granuleux ou homogène d'aspect colloïde.

Parfois les cellules malpighiennes peuvent prendre un aspect adamantinoïde.

Toutes les cellules constituant ces tissus épithéliaux quelle que soit leur cytologie précise sont sans monstruosité apparente, et présentent peu de mitoses.

Les tissus *mésenchymateux* se présentent sous différents aspects.

Nous rencontrons d'abord du tissu conjonctif qui peut avoir une allure banale avec fibres collagènes et cellules fixes sans caractère particulier.

Ailleurs ce tissu conjonctif peut prendre un caractère dit embryonnaire ,par suite de la pauvreté en substance intersticielle et de l'aspect étoilé des cellules fixes.

L'aspect myxoïde est aussi souvent réalisé.

Il existe aussi des zones à substance fondamentale homogène, ayant les caractères de la chondrine. On note là la présence de cellules isolées, arrondies ou ovalaires et ayant l'aspect de cellules cartilagineuses. Ces cellules cartilagineuses peuvent être aussi étoilées et ramifiées.

Parfois le cartilage évolue vers la calcification, ou bien il peut exister des zones de substance osseuse véritable, mais en général en très faible quantité.

Les rapports quantitatifs de ces tissus entre eux sont extrêmement variables.

Le fait le plus saillant est le manque d'une barrière, du type de la basale, entre l'épithélial et le conjonctif; de sorte qu'il y a interpénétration des deux éléments avec dispersion importante de groupes de cellules, ou de cellules isolées épithéliales, au sein du tissu mésenchymateux. On arrive ainsi à une extrême confusion des deux sortes d'éléments.

Classification Architecturale

L'allure essentielle est donnée par les éléments épithéliaux.

Dans quelques cas, cependant, une prolifération exceptionnellement importante de tissus mésenchymateux pourrait faire songer à un « fibrome », un « chondrome », un « myxome », ou un « ostéome » véritable.

Nous pouvons distinguer des formes fondamentales typiques soit canaliculaires, soit acino-canaliculaires, soit acineuses.

Parmi ces formes acineuses se place le type de tumeur mixte décrit sous le nom de « cylindrome ».

Ces cylindromes sont caractérisés par la forme mucipare des cellules épithéliales qui les constituent. Ces cellules épithéliales forment des acini, ou des groupes d'acini, remplis par une substance colorante par le muci-carmin. Il existe également, du mucus autour des acini ce qui conduit à admettre qu'il y a eu inversion de la polarité sécrétoire.

Ailleurs les acini sont comme éclatés et forment des tubes, ou des cordons pleins, noyés dans la substance muci-carminophyle.

Ainsi, toutes les cellules épithéliales sont englobées dans un étui muqueux, et l'on constate également l'existence de flaques muqueuses (corps oviformes de Ch. Robin).

Ces tumeurs cylindromateuses sont très souvent des cylindromes histologiquement assez purs, ne présentant que cette évolution de la lignée épithéliale. Mais il peut exister de petites différenciations cylindromateuses localisées dans bon nombre de tumeurs mixtes complexes.

Formes Atypiques

Il existe des formes d'allure atypique infiltrées, et des formes atypiques déviées, soit dans le sens myxoïde, soit dans le sens de la déviation malpighienne (le plus souvent spinocellulaire).

Ces formes architecturales, ainsi individualisées, sont observées toutes ou pour la plupart dans la même tumeur. Mais il existe quelques cas de tumeur présentant une forme architecturale pure, et le cylindrome en est le meilleur exemple.

OBSERVATIONS

Nous citons sous ce titre quatre observations recueillies dans le service de Clinique Odonto-Stomatologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (15).

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme âgée de 63 ans qui présentait un tumeur énorme de la voûte palatine évoluant depuis vingt-cinq ans. C'est une masse du volume d'une grosse noix verte, accolée à la partie postérieure de l'hémi-palais gauche; la muqueuse est lisse, d'une coloration à peu près normale, mais vineuse par place; indolore, de mobilité réduite, légèrement bosselée, de consistance plutôt molle, et ne s'accompagnant d'aucune adénopathie. L'intervention eut lieu sous anesthésie de base et permit d'énucléer une masse assez friable mais adhérente au niveau de son pédicule d'implantation et s'accompagna d'une abondante hémorragie.

Examen anatomo-pathologique.

« La tumeur examinée est constituée par de nombreuses plages pleines à contours irréguliers, dans lesquelles on observe des cellules épithéliales étroitement juxtaposées. Ces cellules sont assez régulières et n'offrent guère d'anomalie ou de monstuosité importante. Il existe seulement quelques images de mitoses. Au milieu de certaines de ces plages, les cellules ont conservé une disposition en forme de tube rappelant l'origine glandulaire. Entre ces formations de nature épithéliomateuse circulent des travées conjonctives plus ou moins épaisses et qui, par place, s'élargissent énormément et constituent des territoires conjonctifs riches en éléments collagènes et au sein desquels se différencient parfois des éléments rappelant les formations chondromateuses ou myxomateuses. Suivant

les régions considérées, l'intrication entre les territoires épithéliomateux et les territoires mésenchymateux est plus ou moins marquée.

» L'ensemble de ces caractères permet de dire qu'on a affaire à une tumeur mixte dans laquelle il y a une prédominance d'éléments épithéliaux, sans que l'on trouve des caractères de malignité cellulaire ».

OBSERVATION II

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, porteur d'une tuméfaction de la partie postérieure de l'hémi-palais gauche. Le début de la lésion remonte à deux mois environ. Elle s'accompagne de douleurs spontanées et provoquées pour lesquelles il a été procédé à l'extraction de la dent de sagesse. L'examen montre qu'il s'agit d'une tumeur allongée, faiblement saillante, occupant la partie postérieure de l'hémi-palais gauche, du volume d'une amande. La consistance de la tuméfaction est rénitente. Une ponction exploratrice, pratiquée quelques jours auparavant, est restée négative et n'a donné qu'un suintement sanguin. L'intervention pratiquée sous anesthésie locale après anesthésie de base, montre qu'il s'agit d'une tumeur facilement énucléable à la curette et ne s'accompagnant pas d'une hémorragie appréciable.

Examen antomo-pathologique.

« Il s'agit d'une tumeur représentée par deux types d'éléments; d'une part, les travées de cellules petites, cubiques, quelquefois par des dispositions glandulaires noyées dans un stroma plus ou moins abondant et fibreux. A côté des travées on voit des plages de cellules plus ou moins diffuses. En somme, il existe une sorte de développement glandulaire sur les travées et des amas de cellules pleines. Ces travées pleines ou creuses représentent l'évolution des bourgeons des glandes salivaires. Il s'agit d'une tumeur mixte que l'on peut désigner : « adénofibrome » de par l'analyse des tissus.

» Des contre-colorations au muci-carmin ne montrent pas de muciparité, elle est très discrète dans certaine formation glandulaire.

On ne voit pas d'évolution maligne. En quelques points on note une certaine tendance à l'effilochage, résultat d'une sorte de tendance à une métaplasie de l'épithélial vers le type conjonctif » (Prof. de GRALLY).

OBSERVATION III

Il s'agit d'une malade âgée de 60 ans qui présentait une tuméfaction de la région postérieure de l'hémi-palais droit évoluant depuis huit ans. Son volume est celui d'une amande; elle est molle et douloureuse; la muqueuse à son niveau est de coloration normale. Une ponction pratiquée avant l'opération reste négative. L'intervention permet d'énucléer par clivage un noyau d'allure inflammatoire entouré de fongosités et ne s'accompagnant pas d'une hémorragie importante.

Examen antomo-pathologique.

« Sous un revêtement épithélial légèrement papillomateux, on observe une tumeur caractérisée par une hyperplasie des tubes glandulaires du type des glandes salivaires. Ces tubes sont assez irréguliers en ce qui concerne leur taille, certains possèdent une petite lumière et sont tassés les uns à côté des autres; d'autres, au contraire, sont un peu plus volumineux, dilatés et contiennent une substance secrétée. Parfois l'épithélium offre une certaine hyperplasie et les cellules se trouvent disposées sur plusieurs rangées cependant on ne voit pas de signe de grande malignité cellulaire.

« Dissociant ces formations glandulaires, existe un tissu fibro-conjonctif, tantôt assez dense, tantôt au contraire plus lâche qui dans certaines régions se montre plus hyperplasié que dans d'autres et arrive à séparer et même à isoler assez nettement les uns des autres, les différents tubes glandulaires. Dans d'autres territoires, au contraire, les formations glandulaires sont assez tassées les unes les autres et ne se laissent

que peu pénétrer par le tissu conjonctif. On note encore disséminées au sein de cette tumeur, quelques cavités lymphatiques dilatées. En conclusion, on a affaire à une tumeur mixte dans laquelle il y a surtout une hyperplasie glandulaire avec parfois tendance à la dilatation kystique mais pas de signe indiquant une dégénérescence maligne ». (Dr. Leger, Lab. du Prof. de Grally).

OBSERVATION IV

Il s'agit d'une femme de 66 ans qui, depuis quinze ans, présentait une tuméfaction au niveau de son hémi-palais gauche; sans douleur elle atteignit le volume d'une petite noix. Une ulcération ayant apparu en un point de cette tumeur, la malade se décide à se mettre entre les mains du chirurgien. En dehors de l'ulcération, la muqueuse est d'aspect normal, la palpation est peu douloureuse et permet de constater une certaine rénitence alliée à une certaine mobilité. L'intervention consista en une ablation chirurgicale qui révèla l'existence d'une communication bucco-sinusale qui fut ultérieurement comblée par une plastie,

Examen antomo-pathologique.

« La tumeur examinée est formée de deux régions assez distinctes. L'une constituée par un tissu conjonctif peu dense et criblé de petites masses cellulaires qui représentent des restes d'acini atrophiés. On y retrouve encore des lumières dilatées et contenant une substance éosinophile d'aspect colloïde. L'autre formée de tissu fibreux en travées très dense et anastomosées entre elles, qui limitent des espaces arrondis ou allongés et fusiformes remplis de petites cellules agglomérées qui ont perdu tout caractère spécifique. On doit les interpréter comme des reliquats de tube ou d'acini glandulaires atrophiés.

» Pas de signe de malignité.

» Probablement fibrome dans une zone glandulaire avec persistance de travées de cellules glandulaires ayant perdu leur caractère propre ». (Prof. G. Dubreuil).

STATISTIQUES

LOCALISATION	COTÉ	SEXE	AGE	Volume Consistance	Résumé examen Anatomo-Pathologique	OBSERVATIONS	AUTEURS et Années
1 Palais osseux	D	M	38	Vol. noix	Amas épithél. dissociés p. la trame conjonct. qui prend par endroits un aspect fibreux ou myxomateux. Dans les zones de dissociat. les cell. épithél. s'amincissent, deviennent irrégul. et finissent p. se confondre av. les cell. de la trame.	Durée évol. 14 ans Tumeur friable	LETENNEUR 1870
2 Palais osseux	G	F	36	Vol. œuf	Elém. glandul. hypertroph., faisceaux de tissu fibreux, vacuolisation kystique, dégénér. muqueuse et colloïde.	10 ans Facilem[t] énucléab.	MICHON 1870
3 Voile	D	M	58	Vol noix	A la coupe la tumeur a un aspect granul. grisâtre à la périph., jaunâtre d. la plus gde. part. de son étendue... les couches périph. sont formées p. des glandules saliv. Le stroma central est constit. de tissu muqueux à cell. étoilées et de substance inter-cellul. qui a tous les caract. de la mucine.	6 ans Facilem[t] énucleab.	THAON 1872
4 Voile	D	F	19	Fol. orange	A la coupe : surf. blanchâtre à reflets nacrés et saillies cartilag. coque fibreuse. Présence de tissu épithél. glandul. muqueux cartilagin. (Malassez).		TRÉLAT 1877
5 Vélo-palatine	G	M	66	— —	Masses épithél. irrég. (cell. cylind.) en dégénéresc. muqueuse, tissu conjonctif dense.	Durée évol. 18 ans énucleab. mais friable	PATTERSON 1880
6 Voile		M	35		Tissu conjonct. hyalin av. travées épithél. ou myxomateuses à cel. étoilées pénétr. dans le tissu muqueux.		S PAGET 1886
7 Palais osseux		M	21		Trame hyaline homog. dissoc. par des traînées de cell. épith. dont qq. unes ressemblent à des cell. lymphatiques.	Durée évol. 4 ans	S. PAGET 1887
8 Palais osseux		M	45		Trame fibreuse.	14 ans	S. PAGET 1887
9		F	57	Vol. mandarine	Masses hyalines amorphes présentant de petites cell. fusiformes ou étoilées, qqfois anastomosées (dégén. muqueuse) et des cell. encapsulées cartil. (dégén. cartil). Trav. fibr. minces dans lesquelles se trouvent des boyaux ou des tubes épithél. (A. Polloson).		PONCET 1888
10 Palais osseux		M	25	Vol. mandarine	Tumeur mixte.	4 ans énucléab.	GROS 1902

11 Palais osseux	G	F	62	Vol. orange	Envel. fibr. assez ép. Centre : masse caséeuse gris., mollasse, présent. petit. cavit. kyst. Tumeur disparate épithélioma[illegible]se, glandul. sembl. à un carcinome infiltré p. un tissu conjonct. prés. dégén. myxoïde ou transform. adip. ou fib.	54 ans	DEFONTAINE 1893
12 Vélo-palatine	G	F	71	Vol. cerise dure lobulée	A la coupe : gris rosé au centre, jaunâtre à la périph. av. zones hyalines cartilag. Tissu fibreux disposé en boyaux remplis de substance muqueuse. Stroma : caract. du tissu conjonct. lâche. Etiq. histo-pathol. : épithélioma à stroma fibo-muq.	Durée évol. 20 nns	CUNÉO DURRIEUX 1897
13 Vélo-palatine	G	M	30	Vol. gros. noix dure irrég.	Centre : clair, gris. av. zones nacrées. Périph. : jaunâtre, friable, cloison. la masse centrale. Lobules centraux : cell. étoil. lâches à prol. mult. struct. myxomat. noyaux chondroïdes. Couche périph. épithélium tubulé rappelant l'adénome et boyaux épithél. cloison. la tumeur. Entre ces boyaux, tissu conj. à cell. fusif, à gr. noyaux dispos. en faisceaux ayant l'asp. du sarcome fuso-cellulaire P. place tance anhiste. Ilots de cellul. de tissu essentiel. fibreux.	I, an Intervent. labor. Épanchement sanguin effroyant	BERGER 1896
14 Palais osseux	D	F	29	Vol. œuf très dure bosselée	Tumeur encapsulée. Noyau parotid. transpar., mou, facile à énucl. noy. palatin dur fibro-cartil/. adhérent. A la coupe masse gris. jaun. ferme, lobul. hémorragique criant s/scapel en cert. points, piquetée de zones hyalines blanches cartilagineuses. Masse fibrillaire remplie de subs- struct. glandul., boyaux pleins ramifiés, mais renflés p. place par des cavités kystiques. Substratum fibrillaire rappelle le tissu cell. lâche, mais subst. fondamentale amorphe, muqueuse et cell. à prolongemt. mult. tissu myxomateux et par place chondroïde à limites imprécises, richement vascularisé (plexus de gr. capill.) Eléments épithéliaux : struct. tubulaire (glandulaire) : boyaux remplis de substance colloïde voisinant av. des boyaux épiderm. à globes remplis de subst. colloïde/. Ilôts de cell. épith. à gros noyaux dans des cavités tapiss. de cell. endothéliales rappelant les lymphangites cancéreuses. Zone de dégén. muqueuse et colloïde (comme dans les épithéliomaspavimenteux lobulés ou tubulés qui peuvent présent. des masses en dégén. muq. ou colloïde à l'intér. des boyaux épithéliaux). Zones de dégén. atrophique prolifférat. épithél. étouffée p. les productions conjonctives (Bezançon).	Opérée récidive réopérée	BERGER 1896

15 Palais osseux	G	F	41	Vol. châtaigne	Encapsulée, gris. à la coupe, sembl. à chair de grenouille, parsemée d'ilôts blanchâres. Capsule présenant ilôts glandul., expansions (épithéal.) lobulant la masse. Tissu épithélial aspect très divers culs de sac ramifiés, tubes creux d'épithélium cylindriques, boyaux à large lumière de cell. plates, repl. de subst. muqueuse, ayant parfois allure kystique. Tubes pleins ramifiés, anastomosés, cell. pavimenteuse form. p. place des globes épidermiques présentant une dégén. muq. ou colloïde au centre. Tissu conjonctif : lobulé, friable, structure myxomateuse av. nombr. capillaires à parois embryonnaires.		BERGER 1896
16 Vélo-palatine	G	F	49	Vol. prune bosselée lisse dure	Muriforme. Masse épithélio-conjonctive lobulée par cordons conjonctifs; boyaux épithé. tubes, amas creusés de cavités.	Durée évol 6 mois	RUACH 1912
17 Palais		M	57	Vol. prune	Tumeur mixte.	7 ans	RUACH 1922
18 Palais		M	33	Vol. œuf pigeon dure	Réticulum épithél. enserrant tissu conjonct. homog. ou p. endr. tissu conj. enserr. format. épithél. tubul. Tissu conj. fibreux subissant p. place la transformt. hyaline. Espaces vacuolaires limités p. des cell. cyl. espac. kystiq. bordés de cell. plates; aspect de cylindrome.		RUACH 1922
19 Vélo-palatine	G	M	54	Vol. grosse noisette dure	Tubes et cordons épithéliaux à cell. cylindr. ou cubiques pénétrés par tissu conjonctif translucide : cylindrome.	Durée évol. 15 ans	AIMES 1922
20 Palais osseux	G	F	2	Vol. prune rénitente	Acinis glandul. épars. Par place tissu conjonctif différencié en tissu chondroïde. Infiltration inflammatoire av. polynucléaires. En un point de la périphérie épithélium malpighien.	Durée évol. 15 ans	GUILLERMAIN GINESTET, GONDANE 1937
21 Velo-palatine	D	F	22	Ferme	Aspect soit d'angiome caverneux, soit d'angio-sarcome. Territoire fibromateux av. tendance à la chondrification. Elément matriciel : endothélium vasculaire ( ). Tumeur méso-dermique (Sabrazès).	4 ans	LEJARS 1936 OMBRÉDANE 1936 1936
22 Voile	G	M	54		Tissu fibroblastique dense, infiltré de boyaux épithéliaux type malpighien. Par ailleurs plages myxoïdes ou cartilagin. et amas épothéliaux dans stroma très lâche ou hyalin.		
23 Voile	D	M	35	Vol. mandarine rénitente	Tumeur mixte.	4 ans	OMBRÉDANE 1936

24 Palais osseux	D	M		Vol. orange	Tumeur mixte.	10 ans	PORTHERAT 1903
25 Palais osseux	D	M	35	Vol. noix	Tumeur mixte/.		—
26 Palais osseux		F			Tumeur mixte.	7 ans	FRANSIEN 1934
27 Palais osseux		F	56		Tumeur mixte.		—
28 Palais osseux		F	24		Tumeur mixte.		—
29 Palais osseux	G	M	50	Vol. œuf pigeon ferme	Tumeur mixte.		—
30 Vélo-palatine	G	M		Dure	Tumeurx mixte des gl. saliv. à struct. polymorphe. (7 récidiv. mort 8 ans ap. début).	5 ans	HAUTANT 1937
31 Vélo-palatine		F	71	Vol. grosse noix dure	Tumeur glandul. se rapprochant des tumeurs mixtes salivaires. Cylindrome.	8 mois	Y. LEMAITRE 1937
32 Voile		F	43		Acinis séreux et muqueux, hypersécrétion muqueuse, transformat. hyaline des travées conjonctives.	Opér. 1918 récidive 1924 1934 mort 1935	F. LEMAITRE 1937
33 Vélo-palatine		M	38	Dure	Epithélium non-épidermoïde, d'architecture réticulée av. dégénér. muqueuse : cylindrome.		PERQUIN et RICHARD 1937
34 Vélo-palatine	D	M	33		Nature cylindromateuse.	4 ans	HAUTANT 1937
35 Palais osseux		M	80		Lobes épithéliaux de struct. glandul. formés de cell. petit. et régulières. Centre de ces lobes creusé de cavités ovalaires remplies de mucus. Stroma assez bien vascularisé mais restreint, d'aspect scléro-sé ou hyalin (mucicarmin positif). Evolut. cylindromateuse s/ tumeur mixte.		F. LEMAITRE 1937
36 Voile	D	M	65	Vol. mandarine rénitente	Boyaux épithéliaux type glandul. cellule polymorphes : plates, cubique, cylindriques. Cloisons conjonctiv. formées de tissu fasciculé.	Durée évol. 6 ans	ESCAT 1934
37 Voile	G	M	36	Vol. fève	Tumeur mixte.	10 ans	—
38 Voile	G	F	65	Vol. mandarine dure	Tumeur mixte.		—
39 Voile	G	F	28	Vol. œuf pigeon rénitente	Adénome dégénéré en tumeur mixte.	5 ans	—
40 Vélo-palatine	G	M	50	V. 1/2 Ouf poule Bi-lobée dure	Tumeur mixte, prédominance tissu cartilagineux	25 ans	—

41 Palais osseux	G	M	50	Vol. amande Rénitente	Tumeur mixte, prédomin. tissu fibbeux. (opérée 4 ans apr. ayant acq. vol. d'un marron).		ESCAT 1934
42 Vélo-palatine	G	M	19	Vol œuf pigeon ferme	Adénome ou tumeur mixte.		—
43 Vélo palatine	D	M	71		Tumeur non homogène; p. endroits : colonnettes hyalines basophiles (muci-carmin), corps ovif. contenant subst. mucoïde, élém. épihtél. form. travées épais. tubul. glandul. en cert. rég. : massifs cell. denses de cell. épithél. sembl. à épithélioma baso-cell. cutané. Stroma collagène très réduit.		JACQUES et FLORENTIN 1939
44 Palais osseux	D	M	60	Vol. amande moll douloureuse	Voir texte (Dr. Léger : Laboratoire Prof. de Grally).	Durée évol 8 ans	DUBECQ et MARONNEAUD 1940
45 Palais osseux	G	M	63	Vol. gros. noix molle	Voir texte (Dr. Léger : Laboratoire Prof. de Grally).	25 ans	— 1946
46 Vélo-palatine	G	F	45	Vol. 1/2 amande verte doulour.	Voir texte (Pr. de Grally).	2 mois	— 1946
47 Palais osseux	G	M	66	Vol. petite noix rénitente	Voir texte (Pr. Dubreuil).	8 ans	— 1946
48 Vélo-palatine	D	F	27		Tumeur mixte. (Cancérisation : mort 4 mois apr. intervention).	3 mois	R. STICH 1933
49 Palais osseux	G	F	30		Tumeur mixte.	6 ans	— 1934

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Ces tumeurs possèdent une individualité dans leur localisation palatine. Des statistiques établies par X.J. Dubecq et P. Maronneaud et portant sur 49 cas, nous permettent de dégager les caractéristiques suivantes :

La femme semble être atteinte plus souvent que l'homme, dans 66 % des cas.

L'âge des malades chez lesquels se développent ces tumeurs est très variable. On les rencontre chez des personnes âgées de 19 à 80 ans. La date des interventions se situe entre 50 et 60 ans. Si l'on retranche une durée d'évolution de 15 à 20 ans, on peut approximativement fixer une date moyenne entre 30 et 40 ans.

Les signes généraux sont nuls.

Les signes subjectifs sont très réduits. Le plus souvent le malade n'éprouve pas de douleur spontanée dans les débuts, ni même tout au long de l'évolution. Dans d'autres cas (Observation II) la douleur spontanée et provoquée s'observe dès le début de l'évolution.

Les signes fonctionnels, quand cette tumeur siège au niveau de la voûte, se réduisent à une gêne de la mastication. Au niveau du voile sa saillie est exagérée par la contraction des muscles et elle occasionne des troubles de la phonotion, de la déglutition, de la respiration. En aucun cas on ne constate d'adénopathie.

L'aspect de ces tumeurs est variable selon leur ancienneté : ce sont d'abord de « petits noyaux réguliers » sphériques et piriformes, plutôt mous, sessiles ». A un stade plus

avancé elles perdent leur régularité de forme et deviennent bosselées, de mobilité réduite et de consistance variable, molles par endroit et rénitentes à d'autres.

La muqueuse qui les entoure est le plus souvent normale. Parfois elle apparaît « avec par places, des zones rouges, vineuses ou bleuâtres, dues à la présence de lacis vasculaires qui laisse transparaître la minceur de la muqueuse ».

Enfin rarement l'évolution se fera vers l'ulcération de la muqueuse.

Leur localisation découle en partie des faits anatomiques et histologiques et de l'absence ou de la rareté des glandes au niveau de la luette, du raphé médian et à la partie antérieure de la voûte palatine. Elle est unique et latérale avec une prédilection à gauche (22 cas sur 34). Sur 47 cas, 23 se situent au niveau de la voûte palatine, 14 dans la région Vélopalatine, 10 au niveau du voile du palais.

Au début, leur volume peut être celui d'un pois ou d'une noisette, pour atteindre au bout de quelques années celui d'un œuf. L'évolution, en effet, se fait à bas bruit et le plus souvent l'attention du malade n'est attirée par rien, Le nodule du début infiltre les régions voisines et envoie des prologements qui peuvent atteindre parfois les espaces latéro-pharyngiens, la fosse pterygo-maxillaire, la région parotidienne. Mais l'évolution est arrêtée par la charpente fibreuse du voile et le squelette de la voûte. Elles n'adhèrent pas au squelette et ne le détruisent pas.

Elles ne sont pas envahissantes. A ce stade elles ont tendance à se pédiculiser et acquièrent une mobilité relative. Elles augmentent de volume en étirant la muqueuse qui les entoure jusqu'à ce que les signes fonctionnels ou un examen fortuit les fassent découvrir.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

De nombreuses affections ou anomalies peuvent surgir dans la région « velo-palatine »; il est nécessaire de les éliminer.

I. — Nous considérerons d'abord les affections nées sur place.

1° Au premier chef les inflammations subaiguës ou chroniques tels que les abcès dus à une excoriation de la muqueuse et à allure torpide, ou la gomme syphilitique.

Cette dernière se présente comme une tumeur dure, arrondie, indolente; au début la muqueuse qui la recouvre est d'apparence normale mais sa situation médiane et son évolution vers l'ulcération et la perforation trahiront son origine.

2° Parmi les tumeurs nous citerons le papillome, rarement rencontré et siégeant sortout au niveau du raphé médian, et le fibrôme qui est exceptionnel.

Les tumeurs malignes sont plus fréquentes.

Le sarcome à son début a l'aspect d'une tumeur mixte, mais bientôt sa consistance est moins dure. Elle devient douloureuse et les signes fonctionnels sont plus marqués. A un stade ultérieur on assiste à un envahissement des fosses nasales, du sinus maxillaire, de la fosse pterygoïde et de la loge parotidienne.

Les épithéliomas tant du voile que de la voûte sont relativement fréquents. Orregia et Alonso (31) rapportent que sur 35 cas de tumeurs malignes examinées par eux au niveau du voile, 33 étaient des épithéliomas. Leur nature est

liée à la structure histologique de cette région et nous rencontrons des épithéliomas malpighiens (spino ou baso cellulaires) ou des épithéliomas cylindriques d'origine glandulaire. Leur évolution est variable suivant leur localisation et leur nature. Mais elle est toujours plus rapide que celle des tumeurs mixtes et s'accompagne d'adénopathie glanglionaire plus ou moins précoce,

Leur forme est le plus souvent ulcéro-bourgeonnante ou térébrante et aide au diagnostic.

II. — Les affections du rebord alvéolaire peuvent dans certains cas simuler une tumeur mixte.

Nous distinguerons en premier lieu les malformations.

Le Torus Palatinus, saillie osseuse située sur le raphé médian de la voûte, débute insidieusement et se développe à l'insu du patient et le plus souvent il est découvert lorsqu'on veut construire une prothèse, mais sa position toujours médiane le différencie nettement.

La canine incluse se signale parfois par une voûssure palatine latérale mais aussi par la présence anormale de la canine de lait sur l'arcade (45% des cas) (13 d) ou l'absence anormale de la canine permanente sur l'arcade (92 % des cas). Elle est le plus souvent unilatérale (70 % des cas) mais peut être bilatérale (30 %). Elle s'accompagne de troubles nerveux moteurs portant sur l'appareil oculo-palpébral (15 %), de troubles nerveux sensitifs du type névralgie faciale (36 %), de troubles sensoriels sur l'appareil oculaire (36 %), de troubles sensoriels extra-oculaires du genre sinusite (18 %). Son absence sur l'arcade entraîne une maloclusion. Parfois des phénomènes inflammatoires du type ostéïte viennent s'adjoindre au tableau précédent.

Les inflammations chroniques à point de départ dentaire doivent être éliminées à leur tour.

Il s'agit le plus souvent d'abcès apexiens que l'examen de la dent et de la radiographie nous révèleront aisément.

Les abcès pyorrhéiques principalement au niveau des molaires peuvent suffisamment décoller la muqueuse palatine pour lui donner l'aspect d'une masse arrondie à situation latérale. L'exploration à la sonde et l'écoulement de pus en permettront l'identification.

Parmi les tumeurs bénignes de cette région se classent les kystes paradentaires nés aux dépens des débris épithéliaux de la lame dentaire.

Ils provoquent une voûssure parfois palatine, mais aussi et surtout vestibulaire et la palpation à ce niveau donne au doigt une sensation cartonnée ou de balle de celluloïde. La radiographie lèvera les doutes.

Les kystes folliculaires font saillie non loin du rebord alvéolaire ou niveau de la canine ou de la dent de sagesse. Leur évolution est très lente. La malposition dentaire et l'absence de dent feront soupçonner sa présence.

L'épulis chez des sujets peu soigneux peut dépasser le cadre de la gencive et déborder largement sur la voûte palatine. Son implantation parfois pédiculée est le plus souvent sessile, irrégulière, mamelonnée, fixe. Son point de départ nettement gingival ne prêtera pas en général à confusion.

Les fibromes sont rares au niveau du rebord alvéolaire; ils sont le plus souvent bien limités et encapsulés, de consistance dure et criant sous le couteau. Dans cette catégorie nous pouvons aussi classer : « l'hyperplasie fibreuse juxta-alvéolaire », ou « fibrome bilatéral ou symétrique de Perthes ».

L'épithélioma Adamantin siège avec prédilection à l'angle de la mandibule. Nous le rencontrons exceptionnelle-

men au Maxillaire Supérieur et la saillie sera plus vestibulaire que palatine.

III. — Des affections de voisinage peuvent elles aussi envahir le palais et le voile. Nous citerons certains abcès periamygdaliens chroniques d'allure torpide, les polypes dermoïdes du palais et les polypes naso-pharingiens. Le siège de ces affections permettra un dépistage rapide.

CONTINGENCES OPÉRATOIRES

Ces tumeurs n'étant pas radio-sensibles, le traitement chirurgical sera la règle.

Là, nous constatons que les variétés qui existent tant dans leurs formes que dans leurs détails anatomo-pathologiques, subsistent sur le plan opératoire.

Certaines sont faciles à cliver et « s'extériorisent d'elles-mêmes en noyaux de cerise ». D'autres, au contraire extrêmement friables, sont difficiles à énucléer au niveau de leur point d'attache.

De toutes façons, étant donné les récidives possibles in situ, il est indiqué de recourir à une exérèse toujours très large, tant au point de vue de la muqueuse que du plan profond. La rugination fibro-périostique doit être pratiquée très soigneusement.

Enfin, l'opération se fait parfois sans hémorragie ou avec une hémorragie peu prononcée, dans d'autres cas elle est abondante et « effrayante ». C'est dans cette dernière alternative qu'il faudra user de la thrombase et au besoin inclure dans le champ opératoire une Spongel imprégnée de ce liquide, D'ailleurs en prévision de ces cas rares mais difficiles, il sera bon d'injecter de l'Adrénoxyl préventivement à toute intervention.

PRONOSTIC

Le pronostic est bénin. Ces tumeurs sont encapsulées et si les tissus voisins sont refoulés, ils ne sont jamais envahis. Il n'y a ni métatase ni généralisation. L'intervention chirurgicale abolira les signes fonctionnels.

Mais la récidive sur place est à craindre. Comme l'adamantinome, certaines de ces tumeurs récidivent avec fréquence et persistance. Sans doute il intervient ici une cylindromisation de ces tumeurs que Y. Lemaitre (24) considère « comme un facteur d'atténuation des caractères tumoraux, amoindrissant la malignité des néoplasies malignes, comme la bénignité des néoplasies bénignes ».

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs d'origine glandulaire de la région palatine sont rares. Elles atteignent plus fréquemment le sexe féminin dans une proportion de 66 % des cas; l'âge de prédilection, bien que difficile à déterminer, oscille entre 30 et 40 ans.

2° La localisation est latérale, avec dans 75 % des cas une prédominance à gauche. Elles ont une large surface d'implantation, siègent dans 45 % des cas au niveau de la région postérieure du palais dur, dans 26 % des cas au niveau du voile, et dans 35 % des cas à la limite du palais dur et du palais mou.

3° Leur séméiologie, leur évolution sont celles des tumeurs cliniquement bénignes mais dont le volume peut être considérable. Leur diagnostic ne prête généralement pas à confusion.

4° Il s'agit de tumeurs mixtes, comparables au point de vue de l'anatomie-pathologique aux tumeurs des autres régions salivaires. L'élément épithélial, d'origine glandulaire, figure des amas cellulaires rappelant les acini et les conduits glandulaires, tantôt des amas de cellules cubiques à agencement malpighien avec globes épidermiques L'élément conjonctif est en général très polymorphe; il se présente sous la forme d'une trame fibreuse ou sous la for-

me d'un tissu myxomateux du type chondroïde. L'absence de limite nette entre les formations épithéliales et les formations conjonctives, la présence d'images de métaplasie cellulaire, sont les plus caractéristiques.

5° Le traitement des tumeurs palatines d'origine glandulaire est chirurgical. Il s'agit dans l'immense majorité des cas de tumeurs énucléables, soit en bloc, soit en fragments. L'hémorragie est importante dans certains cas.

6° Certaines formes à dégénérescence du type cylindromateux sont sujettes à récidive. La dégénérescence maligne n'a pas été signalée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
DUPÉRIÉ

Vu bon à imprimer :
Le Président,
X.-J. DUBECQ

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 Mars 1950.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aimes. — Cylindrome de la voûte palatine. *Bull. de la Société des Anat.*, 1922, n° 4, p. 187.

2. Alezais et Peyron. — « Développement d'éléments connectifs aux dépens d'éléments épithéliaux dans les tumeurs glandulaires de la face ».

3. Barroux (Pierre). — « Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire », Thèse Montpellier 1942.

4. Beylot et Baudrimont. — *Manuel Théorique et Pratique d'Histologie*, p. 297, 300, 301.

5. Broca. — Chirurgie infantile, Masson. p. 885-886.

6. Cadenat. — Recherche sur l'embryologie et la Pathogénie du bec de lièvre. Thèse Toulouse 1924.

7. Cadenat. — Sur la valeur morphologique de la suture d'Albrecht. Association des Anatomistes. *Congrès de Strasbourg*, 1924.

8. Cadenat (Vallois et). — Le développement de l'os prémaxillaire chez l'homme et le développement de l'os maxillaire supérieur chez l'homme. *C.R. Société de Biologie*, 1924, t. c. p. p. 1322, 1391.

9. Cave. — Des tumeurs mixtes bucco-pharyngées. Thèse Toulouse, 1939.

10. Charbonnier. — Contribution à l'étude du voile du palais chez le fœtus humain. Thèse Genève, 1925.

11. Defontaine. — L'Adénome du Palais. *Arch. Franc. de Chirurgie*, 1893, avril, p. 249.

12. Driver. — « Tumeurs mixtes du Palais », *Archives of dermatology and Siphylology*, t. 33, n° 1, jan. 1936, p. 73-84

13. Dubecq (X.J.). — « La cavité buccale et les régions voisines », *Revue d'Odonto-Stomatologie*, a) juillet 1940 (p. 18-33); b) octobre 1940 (p. 6-7), (p. 2-11); c) janvier 1948; d) janvier 1948 (p. 30-31).

14. Dubecq. — *Encyclopédie médico-chirurgicale Stomatologie* L.202 (p. 3-4).

15. Dubecq et Maronneaud. — « Tumeurs palatines d'origine glandulaires ». *Revue de Stomatologie*, 1946, tome 47, pages 345-364.

16. Dubreuil (G.). — Embryologie humaine, p. 173.

17. Ferran. — Tumeur mixte du voile du palais. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 1923, p. 511.

18. Franssen. — Tumeurs mixtes de la face et du palais, *Ann. d'anat. path.*, Paris, 1934, n° 3, t. II, mars.

19. Guillermin, Ginestet, Coudane. — Un cas de tumeur mixte du Palais. Paris 1937, *Bull. mens. de la Soc. de méd. milit. française*, 31e année, n° 3, mars.

20. Handbuch des Vergleinchenden Anatomie des Wirbeltiere Von Bolk - Coppert - Kallius - Lubosk. — T. III, p. 161.

21. Hoche. — Tumeur mixte du voile du palais, Nancy 1902. *Revue méd. de l'Est*, t. 34,, p. 702.

22. Larabrie (de). — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires de la muqueuse buccale. *Archives générales de Médecine*, Paris, 1890, t. 25, p. 537-677 et t. 26, p. 34.

23. Lejars (F.). — Exploration clinique et diagnostic chirurgical, p. 44-53.

24. Lemaitre (Y.). — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. Thèse, Paris, 1937.

25. Leroux (Robert). — Les conceptions histologiques actuelles des tumeurs mixtes de la cavité buccale. *Revue de Stomatologie,* Avril 1938, p. 231-247.

26. Marsk. — Tumeur mixte du voile du palais. *Archives internationales de Laryngologie,* 1925, p. 539.

27. Masson. — Traité de pathologie médicale. *Diagnostic histologique,* p. 331.

28. Masson. — Association française pour l'étude du cancer. *Atlas du cancer,* III et IV.

29. Masson et Peyron. — « Tumeurs mixtes des glandes salivaires ». *Bull. de l'Association française pour l'étude du cancer,* 1914.

30. Moreau. — Sur un cas de tumeur mixte vélo-palatine. *Bull. de la Soc. de Chir.,* Paris, 1914, t. 40, p. 726.

31. Arrega et Alonso. — Tumeurs malignes du Palais. *Revue de laryngologie* (Bordeaux), Mars 1936, p. 257.

32. Quervain (F. de). — *Traité de diagnostic chirurgical,* p. 106, 110, p. 113, p. 123

33. Testut et Latarjet. — *Traité d'Anatomie.*

34. Veau (V.). — « Le rôle du tubercule médian dans la constitution de la face », *Ann. d'An. Path.,* avril 1926, t. 3, n° 4, p. 305-348.

35. Veau (V.). — « Divisions Palatines », Muscles et aponévroses du voile, p. 50 à 60, Muqueuses : p. 61.

36. Verger. — « Sur le cloisonnement de la cavité bucco-nasale ». Thèse, Paris, 1929.

ÉDITIONS CLÈDES & FILS
8 bis, rue des Frères-Bonie, 8 bis
BORDEAUX
—
1951